

(福) 医療福祉費自己負担金支給申請書

受給者番号				氏名	— —
				生年月日	年 月 日
住所					
加入医療保	保険者番号			被保険者等 記号・番号	
支 払 口 座	銀行 農協 信金 労金 信組		金融機関コード		本店 支店 出張所
					支店コード
	預金種目	普通 当座	口座番号		
		口座名義人 ※カタカナ			
<p>上記のとおり医療福祉費自己負担金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">(フリガナ) .....</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">連絡先電話番号 _____</p> <p>日立市長 殿</p>					

■記入方法

- ①太枠内を記入してください。
- ②口座名義人は申請者と同一にしてください。
- ③支払口座がゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名及び口座番号を記入してください。

■支給についての注意点

- ①支払口座を変更する場合は、国民健康保険課、市民課又は支所の窓口で変更届を提出してください。
- ②国民健康保険若しくは医療保険による療養費若しくは附加給付金の支給又は他法令等に基づく給付があった場合は、それを証する書類を提出してください。